

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Isaac-H. KRAVETZ

Né à Kiew (Russie), le 11 décembre 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CÉPHALÉES

d'origine génitale

Président : M. P. MÉNÉTRIER

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 9^e

1924



THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

ANNÉE 1924

THÈSE

156
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Isaac-H. KRAVETZ

Né à Kiew (Russie), le 11 décembre 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CÉPHALÉES
d'origine génitale

Président : M. P. MÉNÉTRIER

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 9^e

1924

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
ASSESSEUR	AUGUSTE BROCA
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Clinique médicale	
	CLAUDE
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	JEANSELME
Clinique des maladies des enfants	TEISSIER
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-	DELBET
céphale	LEJARS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HARTMANN
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique chirurgicale	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique ophtalmologique	JEANNIN
Clinique des maladies des voies urinaires	COUVELAIRE
	J. FAURE
Clinique d'accouchement	AUGUSTE BROCA
	VAQUEZ
Clinique gynécologique	SEBILEAU
Clinique chirurgicale infantile	DUVAL
Clinique thérapeutique	SERGEANT
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. DUPLAY, LE DENTU, GABRIEL	
HAYEM, PINARD, KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, HUTI-	
NEL, ROBIN, QUENU, POUCHET, BAR, PIERRE MARIE.	

AGREGES EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DEBRÉ	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DESMAREST	LE LORIER	RATHERY
BASSET	DUVOIR	LEMIERRE	REITERER
BAUDOIN	FIESSINGER	LEQUEUX	RIBIERRE
BLANCHETIERE	GARNIER	LEREBOUILLET	ROUSSY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GREGOIRE	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUENIOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLE-SŒUR

*Faible témoignage de ma pro-
fonde tendresse.*

A M. LE DOCTEUR DALCHE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MEDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

*Qui a bien voulu nous inspirer cette thèse
et dont le précieux enseignement
sera toujours pour nous un guide
certain.*

A M. LE PROFESSEUR *MÉNÉTRIER*
PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MEDECINE
ET DE LA CHIRURGIE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEDECIN DE L'HOTEL-DIEU

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous fit en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS :

**CHAUFFARD,
COUVELAIRE,
LEQUEUX,
MARFAN,
De LAPERSONNE,
SÉBILEAU,
BROCA,
CLAUDE,
TEISSIER,
HUTINEL.**

MM. LES DOCTEURS :

**DALCHÉ,
HUDELO,
BERGÉ,
HISCHMANN,
LABEY.**

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Chaque jour, l'étude des glandes endocrines, soit par les recherches expérimentales, soit par les recherches cliniques et thérapeutiques, acquiert une importance nouvelle, tant en physiologie qu'en pathologie.

Depuis Claude Bernard et Brow-Sequard, l'endocrinologie a marché à grands pas et aujourd'hui un examen approfondi des glandes à sécrétion interne s'impose, examen qui permet de rattacher à un trouble de ces glandes bien des symptômes qu'autrefois on attribuait à des causes diverses, et les conséquences thérapeutiques qui en découlent sont grandes.

Parmi ces symptômes, nous allons en étudier un : la céphalée, dont les origines peuvent être multiples, mais qui nous semble avoir été peu étudiée en ce qui concerne, tout au moins, son origine glandulaire spéciale, c'est-à-dire génitale.

Nous verrons au diagnostic comment cette céphalée se distingue d'entre toutes les autres céphalées.

Nous étudierons quelques observations où nous verrons la céphalée atteindre des degrés divers, nous verrons les conclusions à tirer de ces observations et enfin, chose importante, nous verrons quelles sont les conclusions thérapeutiques qui se dégagent de cette étude.

CHAPITRE I

Parmi les nombreux troubles qu'éprouve la femme, un des plus importants est la céphalée, parce que : 1° on le retrouve à toutes les étapes de la vie féminine : puberté, menstruation, ménopause ; 2° parce que par l'acuité qu'il peut acquérir, par sa ténacité, par sa gravité parfois, il en est un des plus pénibles.

Que de femmes qui, venant consulter pour des troubles divers, se plaignent entre autres maux de céphalée !

Et c'est là qu'est importante la recherche de la cause de cette céphalée parce que de cette recherche dépendra, évidemment la thérapeutique.

Nous avons vu qu'un des caractères de gravité de la céphalée était qu'on la retrouvait aux trois stades de la vie féminine, aussi allons-nous étudier d'abord la céphalée pubérale, puis la céphalée menstruelle et enfin la céphalée ménopausique.

CHAPITRE II

Céphalée pubérale

Chez nombre de jeunes filles, la première menstruation est précédée de céphalée d'intensité diverse : céphalée pouvant se manifester soit sous forme d'accès, soit d'une manière persistante.

L'arrivée des règles calme souvent le mal de tête, mais d'autres fois, il ne fait que s'atténuer pour réapparaître à la menstruation suivante et encore, pendant cette période inter menstruelle, la cause la plus légère peut elle réveiller cette céphalée.

Le siège en est variable : occipitale ou rétro-oculaire, ou frontale, elle s'accompagne souvent de lassitude, de fatigue générale, de dépression obligeant la jeune fille à cesser ses travaux.

Tantôt s'accompagnant de fièvre, tantôt apyrétique, cette céphalée peut acquérir parfois une intensité telle que l'entourage de la jeune fille craint une méningite.

Une variété de céphalée pubérale peut être rattachée à une dysovarie analogue à la céphalée provoquée par une intoxication prolongée.

Peu fréquente dans l'hyperovarie, elle l'est plus dans l'instabilité ovarienne et surtout dans l'hypoovarie, comparable à la céphalalgie à peu près constante de l'hypothyroïde bénigne chronique et dont la moindre fatigue, la plus légère transpiration, le passage d'un courant d'air peut provoquer le retour (Hertoghe d'Anvers).

CHAPITRE III

Céphalée menstruelle

Nous venons de voir la céphalée pubérale, nous allons étudier maintenant la céphalée qui se produit au moment des règles, et c'est là que nous trouverons le plus fort contingent des maux de tête, car si les jeunes filles, à leur puberté, ne se plaignent pas toutes de leur tête, il est bien peu de femmes qui, à leur menstruation, échappent à la céphalée.

C'est ici qu'on trouvera toute la gamme des céphalées, depuis la simple lourdeur de tête jusqu'à la fausse méningite et la fausse tumeur cérébrale, céphalée avec paroxysmes atroces, la malade devient folle comme dans l'observation publiée ci-dessous, céphalée à laquelle chaque malade réagira de façon personnelle, selon son âge, son tempérament.

C..., 44 ans,

Entrée à l'hôpital (salle Sainte-Marie), le 15 décembre 1919

A. P. Pneumonie, congestion pulmonaire.

Réglée à 16 ans, les règles restent un an sans revenir, puis reviennent irrégulières, sont douloureuses et assez abondantes.

Se marie à 21 ans, a deux enfants et depuis lors ses règles sont moins douloureuses.

Depuis décembre 1918 était réglée tous les deux mois, on lui donne de l'ovaire et les règles viennent tous les mois.

Depuis l'âge de 7 ans, souffrait de la tête, à tel point qu'on était parfois obligé de la ramener de l'école.

A la puberté, la céphalée ne fut pas plus exagérée, mais depuis l'année dernière, les douleurs deviennent plus vives, quelquefois intolérables au point que la malade dit qu'elle « va devenir folle ».

Ces douleurs augmentent quelques jours avant les règles qui durent 8 jours.

Cette céphalée siège sur le sommet de la tête et derrière les yeux.

Jamais de vomissements, mais des nausées.

Elle a des battements dans les tempes, des bourdonnements d'oreilles.

Ne présente pas de troubles nets dans la vue, pas d'hémorragie, ni paralysie oculaire, mais de simples brouillards visuels, d'ailleurs un examen pratiqué le 23 décembre à la clinique ophtalmologique, donne le résultat suivant :

« Aucune lésion du fond d'œil. Champ visuel normal.

« La vision de l'œil droit est normale, celle de l'œil gauche très diminuée par suite d'un astigmatisme très considérable. »

Urines. — Rien.

Tube digestif. — Estomac bon, assez constipée.

Tension artérielle. — 17×11 .

Cœur. — Rien.

Léger goître thyroïdien depuis 10 ans, en relevant de couches.

Elle prétend que son cou gonfle quand elle n'a plus mal à la tête.

Pouls non accéléré : 96 pulsations.

Pas de tremblements, pas d'autres signes de Basedow.

Il ne s'agit pas d'un goître exophtalmique réel.

Pas de signes de syphilis.

Traitement. — Le traitement suivant est ordonné après échec du traitement habituel de la céphalée :

Hypophyse persistant : le traitement échoue.

On donne alors Hémato-ethyroidine.

23 décembre. — La malade souffre moins de la tête.

13 janvier. — Depuis la fin de ses règles, moins mal à la tête.

27 janvier. — L'amélioration persiste, ou continue l'Hémato-éthyroidine.

Une céphalée ancienne, syphilitique sera réveillée.

Celles provenant d'une dystrophie glandulaire autre que génitale, ovarienne, celles des chloroses et des anémies sont accrues à propos d'un trouble dysménorrhéique.

Enfin et surtout, la céphalée acquerra une gravité extrême chez les nerveuses de toutes sortes : anxieuses, neurasthéniques, épileptiques, hystériques, prédisposées neuro-arthritiques et le diagnostic sera particulièrement délicat lorsque chez une nerveuse, dont la céphalée est augmentée par la menstruation, le trouble nerveux est lui-même dû à une cause génitale.

ETUDE CLINIQUE

En abordant l'étude clinique de la céphalée, nous distinguerons : 1° la céphalée de la période menstruelle ; 2° la céphalée permanente.

Céphalée menstruelle

Quelques jours avant les règles, la femme se plaint d'insomnie, d'agitation, de tête lourde et avec l'apparition du sang quelquefois la veille, l'accès éclate durant un ou deux jours, disparaissant pour réapparaître quelquefois à la fin des règles. La face est vultueuse, rouge, chez la neuroarthritique, fluxionnaire, qui est fébrile, agitée. La chloroanémique, hypoovarique, au contraire est pâle, anéantie et doit se coucher.

Forme clinique

La forme sera influencée par l'état antérieur de la femme qui localisera les symptômes sur l'appareil qui est en état d'infériorité.

1° Migraine franche.

Lasègue disait : « On couve de sa main sa migraine » en mettant sa main sur l'œil et la partie frontale avoisinante.

Son siège est variable : frontale, occipitale, oculaire, parfois même nettement hémicranique et s'accompagnant de vomissements et de troubles intestinaux.

2° *Appareil digestif*

Chez les constipées, on trouvera des débauches diarrhéiques alternant avec la constipation. Chez les hémorroïdaires un léger écoulement du sang atténuera un peu les douleurs céphalalgiques et dysménorrhéiques.

Cependant si chez la même femme on trouve un mois de la constipation et le mois suivant quelques jours de diarrhée, cela tient à des coudures d'un intestin ptosé, plus marquées dans certaines circonstances, à des alternatives de fluxions hémorroïdaires ou de congestion hépatique (Dalché).

D'autres fois, la menstruation sera cause d'une auto-infection ou d'une auto-intoxication qui prendra la forme de « fièvre enterro-ménorragique » (Trousseau).

D'autres fois encore, la céphalée plus vive, l'état saburral des voies digestives peuvent simuler une thyphoïdette.

3. *Foie*

Chez une femme qui, antérieurement, présentait des troubles hépatiques, on verra un réveil des symptômes hépatiques en même temps qu'éclatera l'accès céphalalgique.

Chez les unes on aura une crise de colique hépatique, chez d'autres, une simple congestion hépatique mensuelle, mais qui pourra aller jusqu'à l'ictère mensuel (Senator).

4. Rein

Même sur un rein sain, la menstruation amène une petite congestion rénale, nombreuses sont les femmes qui ont un nuage d'albumine dans leurs urines quelques jours avant les règles.

5. Névralgies diverses

La poussée congestive qui a lieu au moment des règles peut se faire du côté du pharynx, du nez, des yeux, des dents, des oreilles, ce qui donnera lieu à des névralgies diverses : faciale, dentaire, sciatique, intercostale, etc...

De nombreuses céphalées ont leur origine dans des congestions des végétations adénoïdes, des amygdalites chroniques cataméniales, des rhino-pharyngites, des catarrhes de la trompe d'Eustaché.

La céphalée pourra encore être produite par une sinusité chronique réveillée à l'occasion des règles.

Evolution

Cette forme de céphalée, chez les unes, disparaît avec la menstruation pour réapparaître à la menstruation suivante, chez d'autres la céphalée sans être continue ne disparaît pas cependant tout à fait, la tête reste sensible et la cause la plus minime : fatigue légère, sommeil agité, présence dans une salle chauffée déclenche la migraine.

La malade est « en puissance de céphalée » et ces céphalées nous amènent maintenant aux céphalées permanentes.

Céphalée permanente

Chez des femmes à la ménopause ou après ablation des ovaires, chez des femmes dont les règles se sont arrêtées brusquement par une émotion, s'établit une céphalée persistante avec paroxysmes au moment des règles absentes, céphalée que, chez les anénorrhéiques accidentelles, on verra disparaître avec le retour des règles mais qui parfois atteint une gravité telle qu'elle a pu simuler une méningite comme dans l'observation suivante :

G... Marie, 38 ans domestique.

Entrée le 29 octobre 1914 à Sainte-Marie

Le soir de son arrivée, on constate que la malade est dans un état de dépression extrême. Elle conserve une certaine stupeur.

Respiration et pouls accélérés :

R. : 80

P. : 124

La température n'est pas supérieure à 38°.

Yeux. — Myosis et légère photophobie.

Paralysie du droit externe gauche avec strabisme convergent assez considérable.

Reflexes pupillaires très paresseux.

Légère inégalité pupillaire . O.D. < O.G.

Raideur complète de la nuque.

Violente céphalée, peu de Kernig.

Reflexes rotuliens abolis.

On porte le diagnostic de Méningite.

Lorsque l'interrogatoire est possible, on apprend que jusqu'alors réglée normalement, le 21 octobre 1914 fut le premier jour de ses règles. Depuis huit jours, elle était très occupée et très fatiguée par les préparatifs d'un voyage du Vaucluse à Paris. Elle souffrait de la tête.

22 octobre. — Les règles continuent, lorsqu'au cours du voyage, la malade à la suite d'une grande frayeur, constate que ses règles se sont arrêtées. Les règles ont duré un jour et demi, au lieu des cinq jours ordinaires. Elle n'éprouve rien d'autre qu'une grande fatigue.

A Paris, elle reprend ses travaux habituels et ne s'inquiète nullement de cet arrêt des règles, ne souffre pas, seulement anorexie et fatigue.

27 octobre. — Douleurs très fortes à tel point que la malade avait envie de rester au lit, elle sort cependant l'après-midi et dans la rue, prise d'étourdissement, elle tombe sans connaissance.

Transportée chez elle, on la soigne avec glace sur la tête et bain de pieds sinapisés.

Jusqu'au 29 octobre, où on la transporte à l'hôpital, elle a des vomissements journaliers fréquents ; son corps est très rouge, elle entend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre.

Céphalée frontale et temporale violente. Il lui semble recevoir des coups de marteau dans la tête.

Soif intense.

A. P. — Grippe à 12 ans.

Réglée à 14 ans. Règles normales.

Se marie à 26 ans. 1 enfant.

En 1913, fait une fausse-couche de 4 mois et 1/2, nécessitant un curetage, les règles reviennent régulières.

Jamais constipée.

30 octobre. — Strabisme convergent de l'œil gauche.

Diplopie.

Kernig léger.

Raideur complète de la nuque.

On donne 0 gr. 40 de calomel et lactose par jour, glace sur la tête et sangsues sur mastoïde, la diplopie a cédé, la céphalée est un peu moindre.

1er novembre. — Amélioration.

Pouls : 108.

Respiration : 58.

Peu de Kernig.

Albumine dans les urines.

Constipation.

On fait mettre des ventouses sèches le long de la colonne vertébrale.

2 novembre. — Céphalée persiste, douleurs rachidiennes irradiant vers les membres inférieurs.

On donne 0 gr. 30 de pyramidon matin et soir.

3 novembre. — La céphalée a diminué, la tête est plus mobile, la malade parle plus nettement.

Yeux. — Petites secousses nystagmiformes, la malade dit voir trouble. Les réflexes rotuliens restent abolis. Léger Kernig.

A ce moment un symptôme très favorable est constaté, consistant en la présence d'un peu de sang à l'entrée du vagin. Petites pertes de sang pendant toute la journée.

Le soir : grande amélioration.

5 novembre. — Les pertes sont arrêtées.

La malade est assoupie et endormie toute la journée.

La céphalée est moindre.

L'examen du fond d'œil montre :

O. D. : Névrite optique, quelques petites hémorragies disséminées.

O. G. : Névrite optique, papille plus congestionnée, bords de la papille tout à fait effacés. Nombreuses hémorragies juxta-papillaires et près des gros vaisseaux.

6 au 11 novembre. Bain quotidien.

Grande amélioration quoique la malade reste très abattue, très faible. On cesse tout traitement.

1er novembre. — La céphalée a cédé.

O. D. vision normale.

O. G. : vision trouble.

Quelques secousses nystagmiformes, avec diplopie intermittente et plus fréquente le soir.

20 novembre. — L'amélioration continue.

21 au 26 novembre. — Petites douleurs lombaires, nombreuses, légers tiraillements dans le bas-ventre, dans les membres inférieurs, comme si elle allait avoir ses règles.

30 novembre. — Régles pas encore revenues, malade va bien. Par moment le strabisme cède complètement.

Papille droite : normale.

Papille gauche : encore un peu de stase.

7 décembre. — Règles en retard depuis le 20 novembre. C'est la première fois qu'elle a du retard, douleurs abdominales depuis quelques jours, élancements très douloureux.

Céphalée avec battements dans les tempes. Etourdissements, vertiges, vue trouble avec mouches volantes.

8 décembre. — Les règles arrivent.

11 décembre. — Depuis ses règles, va beaucoup mieux.

Les paroxysmes dont nous avons parlés plus haut sont parfois d'une violence extrême, pouvant durer 2 à 3 semaines, s'accompagner de tremblements, d'agitation, de tachycardie, d'insomnie, de bouffées de chaleur, de digestions lourdes et pénibles.

L'examen du fond d'œil montrant de la stase papillaire, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, les vomissements, les syncopes font parfois penser à une tumeur cérébrale comme dans cette observation..

F..., 35 ans, journalière.

Entrée le 28 juin 1917 à Sainte-Marie

A. H. — Père âgé, mort de douleurs.

Mère morte d'un abcès.

A. P. — Pas de maladies nettement caractérisées. Règles à 15 ans, les règles venaient ensuite tous les mois, sans céphalée particulière.

Mariée à 27 ans.

Il y a 8 ans, une fausse-couche de 3 mois et 1/2. Enfant mort à 3 ans et 1/2 de méningite (?). Depuis la fausse-couche les règles retardaient, venant toutes les 5 ou 6 se-

maines, leur abondance était d'abord ordinaire, mais elles ont diminué beaucoup ensuite.

Pas de constipation habituelle, pas d'hémorroïdes. Estomac douteux, digestion lourdes, pénibles, pas de brûlures.

Nerveuse, sans attaque de nerfs. Idées tristes.

À 9 heures du matin, elle apprend que son mari a été tué à la guerre, elle ne perd pas connaissance, mais à 3 heures du soir, se couche avec un mal de tête qui n'a pas cessé depuis et les règles s'arrêtent : elle en était au second jour.

Céphalée. — La céphalée a deux maximums : un occipital, l'autre sur le sommet du crâne, elle s'accompagne d'élançements dans les régions frontales, de battements, s'exaspère au moindre mouvement, et s'accompagne de nausées et de vomissements.

Le mal de tête paraît plus effroyable par moments, mais la malade ne souffre pas si elle ne bouge pas. La malade est immobile, sans photophobie.

Elle présente de la diplopie par intermittences.

Pas de strabisme apparent.

Les mouvements des bras et des jambes sont respectés et libres ; aucun trouble d'anesthésie.

Urines. — Pas de sucre, ni d'albumine.

T. A. — 15×8.

Poumons. — Rien.

Cœur. — Rien.

Pouls. — 70.

Wassermann négatif.

Reflexes. — Plantaires et patellaires normaux. Conservation de la sensibilité à la piqure, à la température, au toucher.

Traitement. — On prescrit le traitement suivant :

Ventouses scarifiées à la nuque.

Purgation légère.

Trois cachets de poudre d'ovaires.

Bains de pieds.

Thé au citron.

29 juin 1917. — L'examen ophtalmoscopique donne le résultat suivant :

Stase bilatérale très nette.

Pupilles dilatées, réagissant faiblement à la lumière. Pas d'autres symptômes oculaires, aucune paralysie des muscles de l'œil pouvant faire penser que la tumeur siège à la base.

Résumé. Signe d'hypertension crânienne confirmant le diagnostic de tumeur cérébrale.

5 juillet. — Pouls 72.

Diplopie, pas de strabisme.

Pas de sensation de froid.

Grande fatigue, grand maux de reins, haleine fétide, quelques vomissements, amaigrissement, ligne blanche surrénalique, pas de pigmentation.

Examen génital normal.

L'examen ophtalmoscopique fait ce jour donne :

O. G. neuro-rétinite œdémateuse ; veine volumineuse et tortueuse ; grosse hémorragie juxta-papillaire ; pas de lésions vasculaires. V : 0,6.

O. D. : Aspect plus net de névrite avec stase, saillie de la pupille, veines tortueuses V : 0,1.

Pas d'hémianopsie temporale, aucun signe de tumeur hypophysaire mais possibilité de tumeur intra-crânienne.

23 juillet. — Mieux dans l'ensemble, crises moins fortes. Se plaint de maux d'estomac avec maux de tête moins violents.

5 août. — Ponction lombaire : le liquide sort avec la plus extrême profusion, absolument aucun élément figure à l'examen.

16 août. — 5 sangsues derrière chaque oreille semblent avoir amené une légère sédation.

19 octobre 1917. — Pendant la période de vacances, la malade a pris sans arrêt des capsules de surrénale, en même temps on lui a fait des piqûres de biiodure de mercure qui semblent avoir produit assez bon effet.

A ce moment la malade est perdue de vue, retrouvée le...

2 février 1919. — La céphalée a disparu, ses règles sont revenues deux mois après sa sortie de l'hôpital. Elle fut réglée ensuite tous les 3 mois. Actuellement elle est enceinte de 7 mois, on lui fait un examen ophtalmoscopique le

10 février 1919. — Reflexes pupillaires un peu paresseux à la lumière. Papilles normales, artères et veines normales, aucune trace d'œdème de la papille.

O. D. V=0,8

O. G. V=0,8

Légère hypermetropie, champ visuel normal.

Parfois la céphalée prend la forme de migraine ou plus diffuse siège dans la profondeur de la tête, s'accompagnant de battements dans les tempes, de troubles visuels, de vomissements et de nausées.

Ces céphalées s'observent chez des femmes à nutrition ralentie, à circulation périphérique mauvaise : pieds toujours gelés ; constipées, présentant des signes d'hypothyroïdie.

Chez d'autres : la lassitude, les traits tirés, les paupières bistrées, les zones d'hyper pigmentation permettent de penser à un trouble de la synergie glandulaire : ovaire et surrénale, comme dans l'observation publiée plus loin.

Des dyspeptiques, des hépatiques, des cholémiques, surtout des nerveuses prédisposées souffrent de ces céphalées persistantes.

Enfin chez d'autres on ne trouve qu'un trouble génital ce sont des « dysovariennes pures »

A..., 36 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital le 29 juillet.

Se plaint de maux de tête et de douleurs lombo-abdominales.

A. H. — Mère nerveuse.

Père alcoolique.

A. C. Deux frères morts de méningite.

A. P. — Dans la jeunesse, accident qui porte sur la tête, si bien qu'à l'âge de 20 ans, on lui fait une opération dans l'oreille gauche.

Pneumonie il y a 9 ans.

A eu quelques crachements de sang, ne tousse pas.

Réglée à 13 ans, sans douleurs jusqu'à 17 ans et depuis cette époque douleurs lombaires et abdominales ne venant qu'avec l'apparition du sang et durant deux jours.

Pas d'enfants, ni fausses-couches.

Examen. — Névralgie iléo-lombaire gauche.

Petit noyau de salpingite gauche. Organes génitaux petits, état pubérale.

Peu sexuelle.

Céphalée. — Depuis sa pneumonie, a mal à la tête tous les jours, mais pas davantage au moment des règles.

Cette céphalée rarement a type de migraine, est bregmatique et pariétale, peut aller jusqu'à des paroxysmes s'accompagnant de battements et de vomissements. La douleur est parfois telle que la malade doit se coucher.

Au moment du mal de tête, quelques troubles de la vue consistant en étincelles et diplopie.

Sommeil difficile, agité, s'accompagnant de cauchemars. Anorexie, douleurs de l'estomac 3 heures après les repas, renvois gazeux.

Ni constipation, ni diarrhée.

Urines. — Rien.

Cœur. — Rien.

Pouls. Fréquent 84.

T. A. — 14×8.

Tremblements. Douleurs dans les jambes.

Eternelle lassitude.

La malade est une femme de grande taille, plutôt maigre, pigmentée de brun d'une façon généralisée. Sur la caroncule droite, on constate une petite tache noire, rien dans la bouche.

Perd ses cheveux:

Pas beaucoup de thyroïde.

Ligne blanche surrénalique, incertaine.

Pas de bouffées de chaleur, ni crises de sueur. La malade est plutôt frileuse.

Traitement. — Le traitement institué consiste en deux cachets de surrénale.

Elle semble avoir un peu moins mal à la tête, puis on associe à la surrénale de la thyroïde, elle a eu très mal à la tête.

..16 août. — Revue à cette date, la malade est mieux, mais la venue des règles a amené une légère rechute.

1er septembre. — L'opothérapie combinée : surrénale et thyroïde a amené une grande sédation de la céphalée.

3 septembre. — Elle n'a plus du tout mal à la tête, mais a de grandes douleurs du côté du lombaire gauche irradiant dans le ventre, à propos d'un effort. La malade a une crise du seul fait de se lever de sa chaise.

26 octobre. — Depuis le 3 septembre, tous les jours :

2 cachets de surrénale.

1 cachet de thyroïde (0 gr. 025).

Sans arrêt, douches d'air chaud.

La céphalée a disparu ou presque, le teint est éclairci.

Les règles venues le 20 octobre, étaient moins abondantes, moins fréquentes, plus régulières.

Mais elle est fatiguée, a des battements de cœur, ne peut marcher, ni monter les escaliers avec facilité.

6 novembre. — Continue le même traitement. N'a plus mal à la tête, ni aux reins.

En somme, grande amélioration.

10 décembre. — Thyroïde et surrénale suspendus depuis 15 jours. Cependant n'a plus mal à la tête, ni aux reins. Les règles, douloureuses, sont venues avec 4 jours d'avance, mais elle est moins fatiguée.

12 janvier 1918. — Reprend, par précaution, thyroïde et surrénale pendant un mois.

Grand mieux. Eclaircissement du teint.

CHAPITRE IV

Céphalée ménopausique

L'étude de cette céphalée sera facilitée par ce que nous l'avons déjà vue dans les céphalées permanentes. .

Quelle que soit la cause de l'aménorrhée : ménopause naturelle ou chirurgicale ou aménorrhée accidentelle, nous verrons s'installer avec les autres signes : bouffés de chaleur, crises de sueur, constipation, une céphalée tenace qui augmentera à l'époque présumée des règles.

Les congestions favorisées par l'état ménopausique donnent parfois comme dans l'observation suivante des hémorragies méningées. Ici aussi, à l'origine de certaines céphalées, Léopold Lévi trouve une insuffisance surrénale.

C..., 54 ans, marchande aux halles.

Entrée le 19 janvier 1919 pour céphalée

A. H. — Rien.

A. C. — Rien

A. P. — Fièvre typhoïde à 11 ans, grippe, nombreuses bronchites.

Réglée à 16 ans. A toujours eu ses règles avec douleur et avance ; de plus, elles étaient fort abondantes, durant 12 à 15 jours.

Se marie à 26 ans, les règles se régularisèrent, mais toujours abondantes. Durée : 8 jours. Depuis 2 ans, les règles ont disparu et les céphalées sont fréquentes.

Jamais eu d'enfants.

Le 19 janvier, vendant du poisson aux halles, elle est saisie par le froid et ressentant une violente douleur dans la nuque, elle perd connaissance et est transportée à l'hôpital où elle se plaint de douleurs terribles dans la tête, à croire à une tumeur cérébrale, avec vomissements dès le début.

Depuis quelques jours déjà, elle avait des bouffées de chaleur.

Examen. — Faciès congestionné.

Douleurs au niveau du front et de la nuque. Raideur de la nuque dans les mouvements de flexion et de rotation de la tête.

Battements dans les tempes. Pas de Kernig. Reflexes normaux. Pupilles réagissent.

Poumons. — Rien.

Cœur. — Léger souffle aortique (ménopausique) et claquement au second temps.

Voies digestives. — La malade mange peu, se plaignant d'avoir du dégoût devant les aliments.

Urines. — Rien.

T. A. — 21×10 .

Température.

1er février. — La malade fait une hémiplegie droite plus marquée à la jambe ; à ce moment la céphalée cesse et la température tombe.

16 février. — Les mouvements des bras sont presque normaux, aujourd'hui ceux de la jambe reviennent chaque jour.

La malade parle naturellement et n'a plus de déviation faciale.

22 février. — La malade est reprise de maux de tête. Elle a des bouffées de chaleur, des crises de sueur, des douleurs au niveau des seins ; c'est l'époque correspondante à la date de ses règles absentes.

9 mars. Encore de la céphalée : ventouses scarifiées. En somme, il s'agissait probablement d'une hémorragie méningée d'origine ménopausique avec congestion cérébrale favorisée par le froid.

CHAPITRE V

Pathogénie

Divers facteurs peuvent entrer en jeu, soit pour donner naissance, soit pour réveiller la céphalée.

1° *Hypertension*. — Elle joue un rôle peu douteux, qu'elle soit d'origine glandulaire : surrénalique par exemple, comme dans *l'hypertension pubérale*, ou qu'elle soit due à la sclérose artérielle comme dans *l'hypertension ménopausique*.

V... Jeanne, 45 ans.

Entre le 20 juin 1918, salle Sainte-Marie

A. H. — Père mort à 65 ans, d'une hernie étranglée.

Mère bien portante (75 ans).

Frères et sœurs bien portants.

...A. P. — Grande nervosisme.

Réglée à 15 ans ; les règles sont normales assez abondantes s'accompagnant de vomissements bilieux et alimentaires et de céphalée, trois jours environ avant les règles.

Depuis longtemps, elle a souvent des rêves dans lesquels elle se voit poursuivie, tombant dans un précipice ou dans l'eau.

Rêves professionnels.

La malade buvait beaucoup de café, mais ne paraît pas ethylique.

Pas d'autres maladies sérieuses, pas d'enfants. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, la malade a été prise, au milieu de son travail, d'un violent mal à la tête avec bouffées de chaleur, suivi de vomissements.

S'alite quelques jours, puis est transportée à l'hôpital.

La céphalée est occipitale et médio-sagittale, s'accompagnant de troubles oculaires qui consistent en obscurcissement de la vue, mais pas de diplopie.

Langue non saburrale.

Pas de température.

Pas de diarrhée, ni constipation, pas de signes d'embarras gastrique.

La malade vivait depuis 20 ans avec un homme qui était bien portant mais qui fut pris, il y a 18 mois, d'épistaxis fréquentes. Son Wassermann était négatif.

A la suite d'un raid d'avions, il tente, à deux reprises, de se suicider. Interné d'abord à Saint-Anne, il meurt à Villejuif, il y a 3 mois.

Depuis ce temps, la malade qui travaillait toujours beaucoup, s'est surmenée et allait souvent au cimetière.

Examen génital. — Utérus petit. Arrêt du développement ultra-ovarien.

T. A. — 16 × 9

27 juin. — Mal de tête beaucoup diminué. Pas de signes de syphilis.

2° Congestion. — La congestion catameniale peut se porter sur tous les organes et favoriser les auto-intoxications ou auto-infections.

La turgescence du sinus frontal et des végétations adénoïdes explique quelques céphalées.

A. *Intoxication menstruelle, endocrinienne.* — Une sécrétion interne peut être défectueuse, soit comme quantité, soit comme qualité. Elle peut être insuffisante à éliminer ou à modifier les poisons organiques ou les toxines produites par la rupture de l'action synergique normale des glandes : lorsque l'une d'elles est supprimée fonctionnellement.

Dans ces cas-là, on aura une auto-intoxication qui donnera une céphalée analogue à celle produite par une intoxication gastrique ou intestinale.

4. *Choc colloïdoclasique.* — Les menstrues ne doivent pas être considérées comme une simple hémorragie, elles sont, en réalité, des évacuations sanguines obligatoires de tout organisme féminin normalement constitué. évacuations contenant des toxines et des poisons.

Au contact de ces toxines et poisons, le sang a subi dans sa constitution colloïdale, des transformations qui lui ont fait perdre la spécificité du globule normal.

Le globule cataménial est devenu un composé globule-toxine qui, n'ayant plus la spécificité du globule normal peut être considéré comme une albumine étrangère et comme telle, peut provoquer un choc colloïdo-clasique qui s'accompagnera de céphalée.

3. *Hypophyse.* — Pardée cite les céphalées dues à une simple augmentation de l'hypophyse, augmentation transitoire (Dalché) ou non.

Cette augmentation peut être :

1° *Physiologie*, provoquée par la menstruation (Dalché) ou par la grossesse.

2. *Pathologique*, due à des troubles fonctionnels dépendant de lésions d'autres glandes : thymus, thyroïde, surrénale ou ovaire.

3. *Traumatisme* ou tumeur hypophysaire au début.

Cette céphalée présente les caractéristiques suivantes : elle siège sur les parties latérales du front, dure parfois 48 heures, est améliorée par la médication spécifique. Elle s'accroît par position inclinée de la tête et par l'ingestion de sucre, elle peut s'accompagner de nausées, de vomissements, de dépression, de lassitude, de ligne blanche : signes d'insuffisance surrénale passagère.

Le diagnostic de cette céphalée se fera par les autres signes de dyspituitarisme : traits grossiers, lèvres et nez gros, prognathisme, sourcils épais, moustache, pilosité, élargissement des extrémités, mais à l'encontre de l'hypertension constatée par Dalché, Pardée, cite l'hypotension.

Cette hypotension peut être due à des états différents de la glande et surtout à une modification dans le taux du sucre sanguin et dans la tolérance pour le sucre (Dalché).

Pardée fait encore observer qu'une prédisposition importante est créée par l'étroitesse de la selle turque, mais il n'est pas nécessaire que l'hypophyse s'étrangle dans la selle turque pour provoquer de la céphalée; les cas bénins peuvent relever de simples phénomènes toxiques ou hyperémiques.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Faire le diagnostic d'une céphalée d'origine génitale équivaut à un passage en revue de toutes les causes de céphalées et elles sont nombreuses.

Pour faire le diagnostic, on se basera sur l'état génital antérieur de la femme, sur la relation de sa céphalée avec la menstruation, sans oublier que toutes les céphalées, non génitales peuvent être accrues au moment des règles.

Et lorsque cette céphalée, au milieu d'autres symptômes, peut faire croire à une méningite ou à une tumeur cérébrale, un examen soigné s'impose.

En présence d'une céphalée, on pensera à :

1. *Céphalalgie d'origine toxique ou toxinique.*

a) Elles se rencontrent dans les prodromes de la plupart des maladies infectieuses surtout dans :

La *typhoïde* où l'on aura la courbe thermométrique et les examens de laboratoire.

La *malaria* où l'on fera recherche de la plasmodie.

La *grippe* où la notion d'épidémie aura son importance.

b) *Origine urémique*, surtout dans l'azotémie où la céphalée est à rémission matinale, s'accompagne de nausées, de vomissements, d'hébétude. Ici on trouvera la *céphalée à type pulsatile*, tenant à une hypertension intra-crânienne.

Le dosage de l'urée dans le sang, tranchera la question.

c) *Céphalalgie par stercorémie, par constipation.* La malade connaît son cas elle-même.

Céphalalgie bilieuse, s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Céphalalgie par manque d'hygiène : aération insuffisante de la chambre, par oxyde de carbone, etc.

2. *Céphalalgie d'origine nerveuse*

a) *Migraine.* Elle a une forme nettement hémicrânique s'accompagne de nausées, de vomissements, etc..

b) *Hypophyse*, nous avons vu plus haut les signes de dyspituitarisme accompagnant la céphalée.

c) *Névralgies faciales* qui peuvent simuler la céphalalgie.

d) *La neurasthénie, l'hystérie* diagnostic délicat surtout lorsque le trouble lui-même, comme nous l'avons dit est dû à une cause génitale.

3° *Cépholalgies par compression.*

a) *Inflammation méningo-encéphalique, syphilis.*

Toutes les méningites, toutes les réactions méningées donneront une céphalée.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, ajouté aux autres signes évitera les erreurs.

La syphilis à la période secondaire, donne une céphalée hypertensive, profonde, gravative, à exacerbation vespérale.

A la période tertiaire, par la gomme, elle donne une céphalée circonscrite, térébrante. La réaction de Bordet-Wassermann s'imposera.

b) *Tumeurs*. Nous avons vu un peu plus haut une observation de fausse tumeur cérébrale avec troubles oculaires et on voit combien dans certains cas, le diagnostic peut-être particulièrement délicat.

c) *Abcès endocraniens*. On se basera sur le début aigu, sur l'amaigrissement rapide avec dépression chez un malade déjà porteur d'une suppuration auriculaire.

d) *Le glaucome*. La température, l'exacerbation nocturne, l'examen du liquide céphalo-rachidien, l'examen de fond d'œil auront leur importance pour éviter des erreurs.

4. *Céphalalgies réflexes.*

a) *Affections oculaires*. La myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme, même léger et en général toutes les lésions qui donnent des déformations des images peuvent produire de la céphalée.

b) *Affections nasales*. Toutes les rhinites.

c) *Affections viscérales thoraco-abdominales* ! peuvent donner de la céphalée.

5. *Céphalalgies d'origine musculaire.*

Produites par une infiltration fibreuse des muscles du cou, de la nuque et de la tête.

CHAPITRE VII

Traitement

Quelle que soit la forme de céphalée : pubérale, menstruelle ou ménopausique, le traitement sera toujours basé sur l'opothérapie.

Céphalée pubérale

Germain Sée prescrivait de l'iodure de potassium mais il ne semble pas avoir donné de bons résultats (Dalché).

L'opothérapie, au contraire, doit lui être préférée, opothérapie qui consistera en de la poudre d'ovaire associée à ds la thyroïde et quelquefois à de la surrénale si on trouve des signes d'hypotension.

Enfin, l'hygiène générale aura son importance : repos absolu, cessation de tout travail physique ou intellectuel, de la musique, du dessin, des exercices corporels. Recommander la vie au grand air et à la campagne.

Céphalée menstruelle

Plus que partout ailleurs, l'opothérapie trouvera ici son indication, mais seule elle sera quelquefois insuffisante si, dans l'intervalle des règles on n'a soin de combattre par une hygiène appropriée, les troubles qui favorisent la céphalée : nervosisme, syphilis, troubles dyspeptiques, hépatiques ou autres, constipation, végétations adénoïdes, etc

Si la malade présente des signes d'hypoovarie on donnera des préparations ovariennes à doses suffisamment élevées.

S'il y a de l'instabilité ovarienne, on donnera de l'ovarie à petites doses pour régulariser la fonction ovarienne et non pour y suppléer.

Comme il y a souvent association d'hypothyroïdie on emploiera la thyroïde en même temps que l'ovaire.

L'Hémato-éthyroïdine donnera des bons résultats dans l'hyperthyroïdie.

La crise de céphalée sera calmée par les analgésiques ordinaires : antipyrine, pyramidon, aspirine, etc.

Les céphalées permanentes exigent des soins persistants.

Le régime alimentaire sera sévère et en rapport avec les troubles gastriques ou autres.

On donnera le lait avec prudence, on supprimera la viande, puis on ne la permettra qu'à un repas.

Une tasse de thé avec la moitié d'un citron, deux fois par jour est une chose excellente (Dalché). On recommandera à la malade de mener une vie calme, de prendre des bains de pieds chauds d'une manière répétée.

On fera des émissions sanguines mais on s'en méfiera chez les anémiques.

Lorsque la céphalée prend la forme de fausse tumeur cérébrale, on peut penser à une intervention chirurgicale.

Enfin quand on soupçonnera l'hypophyse on donnera la glande entière (Pardée).

2 à 3 cachets de 0 gr. 10 par jour pendant longtemps. (Dalché).

Cushing (in Lesage) dans deux cas, eut une diminution de la céphalée après incision de la capsule de la glande.

Céphalée ménopausique

Ici aussi, les poussées congestives nécessiteront des émissions sanguines, associés à l'opothérapie et s'il y a de l'hyperthension, chose fréquente, on ajoutera des hypotenseurs : trinitrine, iodures, nitrite d'amyle, etc.

CONCLUSIONS

Les conclusions qui se dégagent de cette étude sont d'abord, qu'entre toutes les céphalées, celles d'origine génitale tiennent une place importante par la gravité que parfois elles peuvent acquérir.

Nous avons vu que ces céphalées peuvent être dues à une hypertension, à une congestion, à un trouble glandulaire, à un choc colloïdoclasique.

Nous avons vu qu'une place doit être réservée à un groupe peu étudié : la *céphalée hypophyso-génitale*, l'hypophyse en tant que glande endocrine pouvant subir le contre-coup d'une rupture de la synergie glandulaire.

A l'examen des observations, nous remarquerons que presque toujours la céphalée s'est produite chez une femme hypoovarique et nerveuse : réglée tardivement, avec douleurs, etc.

Une conclusion importante encore à constater est la gravité des troubles se produisant chez une femme dont les règles s'arrêtent brusquement.

Déjà, à la ménopause, on sait la fréquence et le nombre de malaises qu'on rencontre, mais dans l'aménorrhée accidentelle, les troubles peuvent être tellement graves, qu'ils ont pu simuler une tumeur cérébrale

Enfin une dernière conclusion et la plus importante peut-être est celle du traitement.

Nous avons vu que les troubles sont nettement influencés par l'opothérapie, car cette opothérapie s'adresse à la cause et non au symptôme.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu : le Président,

MENETRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BALARD. — Gazette hebdomadaire des revues médicales de Bordeaux.
- DALCHÉ. — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes.
- DALCHÉ. — Gazette des hôpitaux (mars 1908).
- DALCHÉ. — Gazette des hôpitaux (avril 1912).
- LEOPOLD LEVI et H. de ROTHSCHILD. — La petite insuffisance thyroïdienne et son traitement.
- LESAGE. Hypophyse et appareil utéro-ovarien. Thèse de Paris 1918.
- MARTINET. — Diagnostic clinique.
- PARDÉE. — Presse médicale (avril 1919).
- ROBIN et DALCHÉ. — Traitement médical des maladies des femmes.

